

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1894.

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 24 Mai 1894, à 1 heure

PAR

AMÉDÉE PAVRET DE LA ROCHEFORDIÈRE

Né à Nantes, le 27 Janvier 1860

CONSIDÉRATIONS
SUR DEUX CAS RÉCENTS
D'UTÉRUS BICORNE

Président : M. LABOULBÈNE, professeur.

Juges : { MM. MATHIAS-DUVAL, professeur.
RÉMY et BRUN, agrégés.

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les
diverses parties de l'enseignement médical.*

PARIS
IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
HENRI JOUVE

15, Rue Racine, 15

1894

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1894.

THÈSE

N° _____

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 24 Mai 1894, à 1 heure

PAR

AMÉDÉE PAVRET DE LA ROCHEFORDIÈRE

Né à Nantes, le 27 Janvier 1860

CONSIDÉRATIONS
SUR DEUX CAS RÉCENTS
D'UTÉRUS BICORNE

Président : M. LABOULBÈNE, professeur.

Juges : { MM. MATHIAS-DUVAL, professeur.
RÉMY et BRUN, agrégés.

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les
diverses parties de l'enseignement médical.*

PARIS
IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
HENRI JOUVE
15, Rue Racine, 15

1894

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

	Doyen.....M.	BROUARDEL.
	Professeurs.....	MM.
Anatomie.....		FARABEUF.
Physiologie.....		CH. RICHET.
Physique médicale.....		GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....		GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....		BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.....		BOUCHARD.
Pathologie médicale.....		DIEULAFOY.
		DEBOVE.
Pathologie chirurgicale.....		LANNELONGUE.
Anatomie pathologique.....		CORNIL.
Histologie.....		MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils.....		TERRIER.
Pharmacologie.....		POUCHET.
Thérapeutique et matière médicale.....		LANDOUZY.
Hygiène.....		PROUST.
Médecine légale.....		BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....		LABOULBÈNE.
Pathologie expérimentale et comparée.....		STRAUS.
		SEE (G.)
Clinique médicale.....		POTAIN.
		JACCOUD.
		HAYEM.
		GRANCHER.
Maladie des enfants.....		JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....		FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....		RAYMOND.
Clinique des maladies du système nerveux.....		TILLAUX.
		N.
Clinique chirurgicale.....		DUPLAY.
		LE DENTU.
Clinique des maladies des voies urinaires.....		GUYON.
Clinique ophthalmologique.....		PANAS.
Clinique d'accouchement.....		TARNIER.
		PINARD.

Professeurs honoraires :

MM. SAPPEY, PAJOT, REGNAULD et VERNEUIL.

Agrégés en exercice

MM.	MM.	MM.	MM.
ALBARRAN.	DELBET.	MARIE.	ROGER.
ANDRÉ.	FAUCONNIER.	MAYGRIER.	SCHWARTZ
BALLET.	GAUCHER.	MENETRIER.	SEBILLEAU.
BAR.	GILBERT.	NELATON.	TUFFIER.
BRISAUD.	GLEY.	NETTER.	VARNIER.
BRUN.	HEIM.	POIRIER, chef des	VILLEJEAN.
CHANTEMESSE.	JALAGUIER.	travaux anatomiques	WEISS.
CHARRIN.	LEJARS.	QUENU.	
CHAUFFARD.	LETULLE.	RETTERRER.	
DEJERINE.	MARFAN.	RICARD.	

Secrétaire de la Faculté : M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

MEIS ET AMICIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR LABOULBÈNE

A MONSIEUR LE DOCTEUR CHAPUT
CHIRURGIEN DES HOPITAUX

A MES MAÎTRES
MESSIEURS LES PROFESSEURS DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE
DE NANTES
MESSIEURS LES MÉDECINS ET CHIRURGIENS DES HOPITAUX
DE NANTES

INTRODUCTION

Notre but n'est point de refaire ici l'histoire des malformations utérines. Ce sujet a été traité d'une façon magistrale par Le Fort, dans sa thèse d'agrégation, et depuis, MM. Sourice en 1883, Picot en 1890, Thibault en 1893, ont, dans leurs thèses de doctorat, étudié cette question tant au point de vue clinique qu'à celui des accouchements.

Nous nous proposons seulement d'exposer deux nouvelles observations recueillies dans le service de M. le docteur Chaput, chirurgien de la Salpêtrière et de les accompagner de quelques réflexions.

Nous aurons, au sujet de l'une d'elles, à remarquer une anomalie concomitante de l'appareil urinaire ; aussi pour l'intelligence du sujet, dans un premier chapitre, nous expliquerons le développement des organes génitaux internes de la femme et celui du rein. Nous examinerons quelle relation d'origine existe entre ces différents organes ; puis nous indiquerons le classement des malformations, qui ont été observées du côté de l'utérus ; et comment elles se produisent.

Nous donnerons ensuite notre première observation, et en signalerons les traits intéressants.

Dans un autre chapitre nous développerons le cas de

notre seconde malade, et le ferons suivre de quelques considérations sur la difficulté du diagnostic de l'utérus bicorne.

Enfin, nous examinerons la façon dont s'y comportent les règles et la grossesse, et le traitement qu'il convient de lui appliquer.

Avant d'entrer en matières, qu'il nous soit permis d'exprimer notre respectueuse reconnaissance à M. le professeur Laboulbène qui a bien voulu nous faire l'honneur de présider cette thèse.

Nous adressons à M. le docteur Chaput, chirurgien des hôpitaux, nos plus sincères remerciements pour l'obligeance avec laquelle il nous a donné des documents pour notre travail, et aussi, pour l'extrême bienveillance qu'il nous a constamment témoignée.

Que notre cher ami, M. Auguste Brindeau, reçoive ici l'hommage de notre affectueuse reconnaissance pour le zèle et la complaisance infatigables, avec lesquels il nous a si souvent apporté le secours de ses bons conseils.

CHAPITRE PREMIER

1° Développement des organes génitaux internes de la femme

Muller, Rathke, Lilienfeld reconnaissaient déjà que l'utérus et le vagin se forment au dépens de deux conduits, qu'on appelle les canaux de Muller, et, dont nous exposerons plus loin l'origine ; mais, frappés de la duplicité primitive de ces conduits ils cherchèrent à expliquer la formation d'une cavité utéro-vaginale unique par une bosselure ou excroissance de la paroi postérieure du sinus uro-génital. Dans cette hypothèse les conduits de Muller ne fournissaient que les oviductes et les cornes de l'utérus.

Les auteurs contemporains : Thiersch, Leuckart, Kolliker, Linius Furst, Dohrn, ont démontré que les trompes de l'utérus et le vagin se développent au dépens des conduits de Muller sans participation du sinus uro-génital.

Les portions de ces conduits situées au dessous de l'insertion des ligaments de Hunter (ligaments ronds, se fusionnent sur la ligne médiane dans le cordon génital, on utéro-vaginal, au dépens duquel se formeront ultérieurement

ment l'utérus et le vagin, leurs portions supérieures divergentes constituent les trompes de Fallope.

Nous allons examiner successivement : la manière dont se constitue le canal génital, ou utéro-vaginal par la fusion des extrémités inférieures des conduits de Muller, la division de ce canal génital en utérus et en vagin, et l'évolution secondaire de ces organes jusqu'à la naissance.

1° *Constitution du canal utero-vaginal.* — La fusion des conduits de Muller commence par leur extrémité inférieure, puis elle remonte jusqu'à la séparation des conduits de Wolff, c'est-à-dire qu'elle s'opère dans toute l'étendue du canal génital ; la cavité commune des conduits de Muller devient l'utérus et le vagin, et la limite entre l'utérus et la trompe est indiquée par le point d'origine du ligament de Hunter.

La description de Leuckart concorde absolument avec celle-ci.

Kolliker confirme lui aussi ces données mais pour lui la soudure commence au milieu du cordon génital et se propage ensuite vers ses deux extrémités.

D'après Livius Furst la fusion débute chez l'homme à l'union du tiers intérieur avec les deux tiers supérieurs du tiers génital. C'est à partir de la huitième semaine qu'elle commence. La disparition de la cloison médiane s'opère d'abord aux environs du tiers inférieur du cordon génital puis elle progresse de bas en haut jusqu'à l'extrémité de ce cordon en même temps que l'angle d'adossement des deux conduits de Muller se trouve porté plus haut. Inférieurement la cloison persiste jusqu'à la dou-

zième semaine, si bien que les conduits de Muller fusionnés dans les deux tiers supérieurs du cordon, doubles dans le tiers inférieur débouchent par deux orifices distincts dans le sinus uro-génital.

A la fin de la douzième semaine la cloison inférieure disparaît également de haut en bas, et les deux ouvertures dans le sinus uro-génital se trouvent aussi confondues en une seule.

Dohrn partage absolument cette opinion.

Les trompes se développent au dépens de la partie des conduits de Muller situés au-dessus des ligaments de Hunter.

2° Division du canal génital en utérus et vagin, évolution secondaire de ces organes jusqu'à la naissance.

— Les auteurs n'ont guère fait sur ce point de description complète, mais des différents travaux qui ont paru, on peut extraire les données suivantes :

Au commencement du quatrième mois, la portion inférieure ou vaginale du canal génital (la moitié environ), est tapissée par un épithélium pavimenteux stratifié, qui se continue par une transition graduelle avec l'épithélium prismatique de la portion supérieure ou utérine. Ces variétés épithéliales résultent de modifications locales de l'appareil primitif des conduits de Muller. A mesure que le canal s'allonge et s'applatit d'avant en arrière dans sa portion vaginale, les parois épithéliales opposées du vagin s'accolent et se soudent de bas en haut. Au commencement du cinquième mois, la lame épithéliale résultant de cette soudure et comblant la cavité vaginale dans toute sa hauteur, donne naissance par son extrémité supérieure,

un peu au-dessous de la transition épithéliale, à un bourgeon lamelleux, figurant une cupule aplatie d'avant en arrière, qui s'enfonce dans les parois du canal génital et y dessine un mamelon de même forme, représentant la portion vaginale du col de l'utérus. La surface vaginale du museau de tanche est inégale et ridée pendant toute la vie fœtale ; la lèvre antérieure déborde inférieurement la lèvre postérieure.

Peu après la délimitation du museau de tanche, les cellules pavimenteuses, qui composent la lame épithéliale du vagin, augmentent de volume et subissent une prolifération des plus actives, dont le résultat est la distension considérable et rapide des parois de ce conduit.

Cette multiplication exagérée de la lame épithéliale ne détermine pas seulement la dilatation transverse du vagin ; s'exerçant également dans le sens de la longueur, elle modifie supérieurement la forme du museau de tanche et des culs de sac qui le limitent, et d'autre part, refoule l'extrémité inférieure rétrécie du vagin dans le vestibule.

Le canal génital décrit une courbe à concavité antérieure, et pendant les derniers mois de la grossesse, le corps de l'utérus situé en dehors du petit bassin, est en anteversion nettement prononcée sur le col.

3° *Développement de l'ovaire.* — L'ovaire a pour origine la partie sexuelle du corps de Wolff, sur laquelle nous reviendrons à dessein, au lieu où nous avons déjà reporté la question de l'origine des canaux de Muller. Si cette partie génitale ou sexuelle doit évoluer suivant le type femelle, l'épithelium germinatif qui la recouvre

envoie dans la profondeur de l'organe des végétations en cul de sac qui forment de véritables glandes en tubes ; mais bientôt l'orifice de ces glandes en tubes s'oblitére, et, il ne reste plus qu'une petite cavité tapissée d'épithélium et parfaitement close.

Ces cavités, très nombreuses, constituent les vésicules de Graaf ou ovisacs ; leur épithélium est donc un produit de l'épithélium péritonéal, c'est lui, qui ultérieurement, donnera naissance aux ovules.

2° Développement du rein.

Le rein débute, cela est maintenant reconnu de tous les auteurs, par l'uretère, qui se présente d'abord comme un diverticulum de l'extrémité cloacale du canal de Wolff. Primitivement l'uretère débouche, non pas isolément dans le sinus urogenital mais bien dans le canal de Wolff tout près de son extrémité inférieure. Ce n'est que plus tard que ce conduit vient s'ouvrir séparément dans le sinus urogenital en avant du conduit de Wolff qu'il a contourné.

De là l'uretère monte en arrière du corps de Wolff sous la forme d'un tube épithelial ; arrivé à une certaine hauteur ce tube envoie des branches transversales, qui s'avancent isolément dans l'épaisseur du mesoderme.

Ces conduits primitifs représentent les futurs canalicules urinaires, et autour d'eux les vaisseaux se développent en grand nombre au milieu d'un tissu conjonctif embryonnaire abondant. Ces canalicules ne pouvant se

développer librement se reploient sur eux mêmes et forment les tubuli contorti ou anses de Henle.

Enfin l'uretère se renfle supérieurement pour former le bassinot, dont les divisions vont embrasser l'extrémité papillaire des pyramides, pour former les papilles.

Les capsules surrénales n'ont aucun rapport, ni d'origine, ni de fonctions avec les organes génito-urinaires.

3° Relation d'origine entre les organes génitaux internes et le rein

Nous avons vu que l'utérus et le vagin étaient formés par les conduits de Muller, l'ovaire par la partie sexuelle du corps de Wolff, le rein par l'extrémité cloacale du canal de Wolff ; nous allons voir d'où proviennent eux-mêmes ces divers éléments générateurs en étudiant le corps de Wolff.

Sur les deux côtés de la colonne vertébrale, à partir du cloaque, se voient deux corps allongés en forme de fuseaux ; ce sont les corps de Wolff.

Le péritoine enveloppé chacun d'eux, et lui forme un véritable mesentère ; le mesonéphron, qui lui donne un repli vers le diaphragme : (ligament diaphragmatique du corps de Wolff), et un repli inférieur qui s'avance vers le canal inguinal : (ligament inguinal du corps de Wolff) qui formera plus tard le gubernaculum testis chez l'homme, et le ligament rond chez la femme.

Ces organes, appelés aussi corps d'Oken, sont des orga-

nes de transition, qui jouent chez l'embryon le rôle des reins chez l'adulte, d'où leur nom de reins primitifs, ils ont un canal excréteur : canal de Wolff qui s'ouvre avec le conduit de Muller et l'uretère dans la vessie.

Pour comprendre la destinée du corps de Wolff il faut distinguer :

1° *Le canal de Wolff*, dont l'extrémité inférieure ou cloacale paraît bien engendrer par bourgeonnement l'uretère, qui deviendra lui-même l'origine du rein.

2° *Le corps de Wolff*, qui subit lui aussi des transformations très différentes suivant le sexe, et pour le décrire, il faut le diviser en deux régions l'une supérieure ou sexuelle, et l'autre inférieure ou urinaire.

La portion sexuelle est indifférente, quel que doive être le sexe, jusqu'à la fin du deuxième mois, (âge de l'indifférence sexuelle) mais, à cette époque elle varie dans son évolution suivant le type male ou le type femelle.

Si la glande sexuelle doit évoluer vers le sexe mâle, l'épithélium germinatif qui la recouvre s'atrophie, et dans le tissu conjonctif sous jacent se forment des tubes, qui deviendront les tubes seminifères, lesquels constituent le testicule, et donneront naissance à l'épididyme, au canal déférent et à la vésicule séminale.

Si la glande doit produire le type femelle, l'épithélium au lieu de s'atrophier prend un développement de plus en plus considérable, et cette hypertrophie de l'épithélium germinatif se traduit par la production de poussées épithéliales qui se font dans la profondeur et donnent naissance aux ovules, comme nous l'avons dit plus haut.

La portion urinaire du corps de Wolff ne présente en

réalité qu'un point qui concourt réellement à la constitution de l'appareil urinaire, c'est l'extrémité inférieure ou cloacale du canal de Wolff origine de l'uretère qui produira le rein.

Les canaux de Muller, dont nous avons parlé à propos du développement de l'utérus et du vagin, se forment sur la face externe et vers le sommet du corps de Wolff ; ils ont pour origine, d'après Waldeyer, un pli longitudinal de l'épithélium germinatif, qui s'enfonce dans le tissu conjonctif de la partie latérale externe de cet organe. Ce pli, en s'isolant bientôt de la couche épithéliale superficielle, se ferme et constitue un tube ; canal de Muller ; qui reste ouvert en haut où il forme la trompe et son pavillon et qui en bas se continue jusqu'au cloaque.

D'après ce que nous venons de dire, il est facile de voir quelle parenté existe entre les reins et les organes génitaux internes, parenté qui explique dans une certaine mesure la simultanéité des malformations, que nous signalerons dans le cours de ce travail, puisque tous ces organes ont en définitive une origine commune : le corps de Wolff et son canal.

CHAPITRE II

1° Classification des malformations utérines

Avant de développer nos observations d'utérus bicornes, il nous paraît absolument nécessaire d'établir d'une façon bien nette et bien précise comment on classe les malformations utérines afin qu'il ne puisse exister aucune confusion entre les unes et les autres.

Cette précaution s'impose d'autant plus, que la catégorie qui nous occupe, paraît avoir été plusieurs fois déposée à tort de cas, qui devaient lui appartenir, et qu'on a fait rentrer dans celle extrêmement rare des utérus didelphes.

Voici la classification admise par Le Fort et conservée depuis par presque tous les auteurs :

1° *Utérus déficients*. — Absence complète d'utérus ; c'est une anomalie rare.

2° *Utérus rudimentaire*. — L'utérus existe mais il ne s'est pas développé.

3° *Utérus imperforatus*. — Dans certains cas la cavité du corps peut-être plus ou moins rétrécie, et même manquer, par l'absence du travail qui doit déterminer la for-

mation du canal, c'est la variété que Kussmaul appelait *uterus fœtalis imperforatus*. D'autrefois, et il en est ainsi dans le cas qui nous intéresse, la cavité du corps existe, et le col seul est imperforé.

4° *Utérus unicornis*. — Une moitié s'est atrophiée, l'autre moitié ayant continué à se développer, il n'y a de trompe et d'ovaire que du côté de cette dernière.

5° *Utérus bicornis*. — L'utérus est double avec séparation des deux corps et accollement, et quelquefois fusion des deux cols.

6° *Utérus didelphis* (*didelphis, duplex, diductus*). — Ici les cols sont eux-mêmes nettement séparés, il y a à proprement parler deux utérus isolés, et chacun d'eux a l'apparence d'un utérus, qui n'aurait qu'une trompe et qu'un ovaire.

7° *Utérus bilocularis* (*bilocularis, septus, bibartitus*). — Extérieurement l'utérus a sa forme normale, mais à l'intérieur il est séparé dans toute sa hauteur par une cloison, qui divise corps et col en deux cavités.

8° *Utérus cordiformis* (*subseptus, semipartitus*). — Dans lequel la cloison médiane existe dans la portion supérieure seulement, la cavité, double seulement en haut, est simple dans la partie inférieure du corps et dans le col.

2° Comment se produisent les malformations utérines

Avec les notions, que nous possédons sur la genèse de l'utérus, il est facile de comprendre par quels arrêts de

développement peuvent se produire les différents types de malformations utérines.

1° Les conduits de Muller, en contact l'un avec l'autre au niveau de leur insertion sur le cloaque, peuvent, au lieu de s'adosser depuis ce point, rester séparés dans toute la partie qui devra former l'utérus. Chacun de ces conduits, subissant cependant l'évolution qui le creuse d'une cavité, formera ainsi deux utérus distincts, mais qui ne représenteront chacun que la moitié d'un utérus normal. Le reste du conduit de Muller allant vers le corps de Wolff se creuse en forme de trompe, et s'évase en pavillon à son extrémité libre ; chacun des ovaires suit la loi qui préside à son accroissement normal, et nous aurons dès lors un utérus double ou plutôt deux utérus formés chacun d'un corps, d'un col, d'une trompe et d'un ovaire (utérus didelphes).

2° Le rapprochement des deux conduits de Muller peut se faire d'une façon plus complète, sans atteindre le niveau de la naissance des ligaments ronds ; cependant, comme dans le cas précédent, l'évolution isolée de chacun de ses conduits peut avoir lieu, mais leur jonction incomplète en haut, existera en bas et donnera naissance à un utérus double comme corps mais dont les cols seront accolés ; chaque corps sera muni de sa trompe et de son ovaire (utérus bicorne).

3° La jonction des canaux utéro-tubaires s'est faite à la hauteur normale, mais le fond de l'utérus, au lieu de continuer à se développer en s'élevant par un renflement médian au-dessus du niveau de l'ovaire, reste déprivé comme dans les premiers temps de la formation ; il reste

creusé d'une échancrure comme celle d'un cœur de carte à jouer. (utérus cordiforme).

4° Un seul des conduits peut s'atrophier, l'autre continuant à se développer, l'utérus, tout en pouvant conserver à peu près sa forme normale, ne sera composé que d'une moitié d'organe et n'aura qu'une trompe, l'autre s'étant elle-même atrophiée (utérus unicorne).

5° Si les deux conduits de Muller sont arrêté dans leur évolution et s'atrophient, il y aura un vagin, des trompes, des ovaires ; mais l'utérus manquera, utérus déficients ; et si l'arrêt de développement est absolu, il y aura absence complète des organes génitaux internes. (utérus déficients).

6° La première partie de l'évolution formatrice s'est faite régulièrement ; l'utérus à sa forme normale extérieure, mais la seconde partie du travail formateur, celle qui consiste en la fusion en un seul des conduits vagino-utérins par la disparition des parois adossées des tubes de Muller, c'est-à-dire de la cloison inter-utérine, ne s'est pas accomplie, la cloison persiste dans toute la hauteur de l'organe ; deux cavités complètement distinctes existent (utérus septus, bipartitus, biloculaire).

7° La partie inférieure de la cloison s'est résorbée, mais le fond de l'utérus présente encore un vestige de cette cloison, une sorte d'éperon, qui persiste et divise la partie supérieure de la cavité en deux compartiments, qui communiquent en bas. (utérus subseptus, semipartitus).

8° Si l'évolution, qui creuse les conduits de Muller d'une cavité, vient à s'arrêter ou à faire défaut, la cavité utérine manquera. Si elle se fait seulement au niveau de

la portion qui correspondra au corps, le col seul sera imperforé (imperforatus). Enfin l'arrêt de développement peut atteindre le vagin aussi bien que l'utérus, la cloison intervaginale peut persister dans toute sa hauteur ou dans une partie seulement de son étendue, nous pourrons dès lors rencontrer un double vagin incomplètement cloisonné, ce qui est fréquent dans tous les vices de conformation énoncés ci-dessus.

CHAPITRE III

1^o Observation prise dans le service de Monsieur le docteur Chaput à la Salpêtrière (publiée dans le Bulletin de la Société de Généalogie, année 1893).

**Hemato salpinx, — utérus bicorne, fibromateux,
corne gauche imperforée
rein unique à gauche — pyélite suppurée**

M^{lle} A. R..., âgée de 25 ans, entre à la Salpêtrière en juin 1887 pour une tumeur abdominale siégeant à droite, tumeur qui existe depuis trois ans, qui augmente considérablement de volume à chaque période menstruelle, puis diminue; les règles sont régulières mais très douloureuses.

Le 7 juillet 1887, M. Terrillon pratique la laparotomie, et trouve à droite une trompe extrêmement dilatée et contenant environ 500 grammes de sang sirupeux et noirâtre. Il ne peut enlever complètement cet hematosalpinx et suture la poche à la paroi abdominale.

Depuis lors il persiste là une fistule, qui s'ouvre par intervalles, laissant couler le sang aux époques menstruelles.

En 1891, la malade revient à l'hôpital, se plaignant de douleurs dans le ventre.

A l'examen on constate la présence d'une tumeur dure, tendue, irrégulière.

M. Terrillon pratique par le vagin une incision, qui évacue plusieurs centaines de grammes de sang, la poche est suturée aux lèvres de l'incision vaginale.

Consécutivement une fistule vesico-vaginale s'établit et persiste, elle présente cette particularité que l'écoulement d'urine n'existe pas dans la station horizontale, il n'a lieu que dans la station debout.

En mai 1893, la malade recommence à souffrir du côté droit ; au toucher on constate une masse énorme située à droite et adhérente à l'utérus.

A la fin de mai, la malade évacue brusquement par le vagin 1 litre de pus.

Quelques jours après, la tumeur s'est reproduite et le 1^{er} juin M. Chaput procède à l'opération de la façon suivante :

Ouverture de l'abdomen sur la ligne médiane, excision du trajet fistuleux, ablation de la trompe et de l'ovaire gauche.

Il constate à gauche le fond d'une corne utérine un peu plus grosse qu'un œuf de pigeon ; toute la moitié droite du bassin est occupée par une tumeur dure comme du bois, impossible à énucléer.

Alors M. Chaput attaque cette tumeur par le vagin.

Débridement de la vulve, incision du vagin sur le col, décollement des deux faces de l'utérus.

Cet organe ne se laissant pas abaisser, section sur la ligne médiane suivant la méthode de M. Quenu, extirpa-

tion de la corne gauche ; le col s'arrache en entier, il devient impossible de retrouver le corps utérin.

L'opérateur revenant à l'abdomen, isole la tumeur principale formée par l'utérus fibromateux, il en pratique le morcellement et enlève le fond de l'organe ; mais l'hémorrhagie et la profondeur de la région l'obligent à s'arrêter.

La reconstitution de l'utérus ainsi lacéré par suite des difficultés sans nombre de l'opération, ne peut guère se faire, il est même impossible de la faire complètement puisqu'il a fallu en laisser un peu, mais l'on peut très bien constater, d'abord que l'utérus était bicorne, et de plus, le col s'étant arraché dans son entier par le vagin avec la corne gauche, l'on peut voir que cette corne, qui atteint environ la moitié des dimensions habituelles d'un utérus normal, est creusée dans son corps d'une cavité centrale, qui en bas se termine en cul de sac, n'ayant aucune communication avec la cavité du col. Ce dernier est mou, volumineux, présente une petite dépression qu'on serait tenté de prendre pour l'orifice d'un col allant à la corne gauche, mais il est impossible d'y pénétrer avec un stylet.

L'ovaire gauche, énorme, présente un kyste sauguin.

La corne droite est trop modifiée dans sa forme et dans son volume, pour qu'on puisse même essayer de la décrire. Rien d'anormal n'a été signalé dans le vagin par les médecins et chirurgiens qui avant toute intervention ont pratiqué le toucher vaginal chez cette malade, la vulve avant l'opération était absolument normale, plutôt étroite.

L'opérée après avoir présenté pendant quelques jours

un état satisfaisant comme on peut en juger par ces températures :

1 ^{er} juin.....	soir	36°, 2
2 id.....	matin 36°, 8 id.	37°, 4
3 id.....	id.. 38°,...id.	38°
4 id.....	id.. 37°, 7.id.	37°

est prise le 5 juin de vomissements sans ballonnement du ventre et meurt.

A l'autopsie on fait les constatations suivantes. Le ventre est distendu par des anses intestinales remplies de gaz, l'une d'entre elles fait hernie à l'extérieur par la plaie abdominale, qui est réunie dans son tiers supérieur seulement, pas de sphacèle, le ventre largement ouvert par une incision cruciale, la masse intestinale apparaît ; le gros intestin est fortement dilaté, il n'y a pas de liquide dans la cavité abdominale.

Les intestins sont enlevés, quelques fausses membranes établissent des adhérences entre le duodenum et la face inférieure du foie, dans le petit bassin une anse est un peu sphacélée et adhère à la vessie.

Toute la partie droite du petit bassin est occupée par une bouillie purulente, mais il n'y a nulle part de pus liquide.

En fouillant profondément dans le petit bassin le doigt découvre une poche d'un volume d'une mandarine remplie de pus, séparée du sacrum par une paroi mince.

Le rein gauche est très gros et placé transversalement, son extrémité interne dépasse de deux centimètres le plan médian du corps, la concavité est dirigée vers le diaphragme, l'uretère en forme de crosse a un volume normal. Le

rein est soulevé, incisé, le bassin est plein de pus ainsi que l'uretère. Le parenchyme rénal paraît peu altéré, il y a eu un peu de congestion, la décortication est facile, le rein pèse 225 grammes.

A droite absence complète de rein et d'uretère, il n'existe aucune trace de capsule.

La capsule surrénale gauche est aussi augmentée de volume, elle empiète fortement sur le bord concave du rein.

Le foie est de volume normal, il a la teinte jaunâtre caractéristique du foie gras, il pèse 1250 gr. la vésicule biliaire est distendue par une bile épaisse et noirâtre.

Le cœur et les poumons sont sains.

II. — Anomalies dans la conformation de cet utérus

L'opération qu'a subie notre malade, nous a mis sous les yeux un utérus bicorne; et cette malformation toujours intéressante à étudier lorsqu'on a occasion de la rencontrer, est ici accompagnée d'une autre aussi rare et plus grave habituellement dans ses conséquences; l'imperforation d'une de ses cornes.

Il ne faudrait pas confondre avec le cas actuel celui des utérus unicornes, dans lesquels nous avons vu une des moitiés seulement se développer, l'autre restant rudimentaire et même s'atrophiant, au point que l'utérus quelquefois comme coupé en deux présente de ce côté un bord en ligne droite; il n'y a alors de trompe et d'ovaire que du

côté de la corne développée, ou s'ils existent du côté rudimentaire, ils sont eux-mêmes réduits à cet état.

Sur notre sujet il en est tout autrement ; la corne gauche, quoique plus petite que ne devait l'être sa voisine avant l'envahissement de son fibrôme, n'en présente pas moins le développement habituel de la corne la plus petite de l'utérus bicorne ; car il faut savoir que dans cette malformation il y a presque toujours un corne plus petite que l'autre, et de plus, elle est munie d'une trompe normale et d'un ovaire dont les dimensions sont au contraire exagérées.

Un fait assez singulier mérite d'attirer notre attention ; la malade ayant un utérus gauche imperforé n'a rien éprouvé d'extraordinaire de ce côté, tandis qu'à droite, où la trompe, l'utérus et son col étaient parfaitement perméables, nous avons vu se produire un énorme hématosalpinx. Il y a vraiment là un point curieux, car si l'on ne peut être surpris de voir une accumulation de sang dans une trompe normale, ce que l'on rencontre assez souvent, on peut du moins être étonné, que ce phénomène ne se soit pas produit plutôt dans la trompe qui paraissait prédestinée à cet accident.

On sait en effet ce qui se passe habituellement dans les cas d'inperforation de l'utérus. Tant que la jeune fille n'est pas arrivée à la puberté, rien ne peut faire soupçonner son infirmité ; mais au moment où la menstruation s'établit ; l'évolution spontanée, la ponte de l'ovule, s'accompagnant nécessairement de l'excitation particulière et physiologique de l'utérus, l'exhalation sanguine s'opère à l'intérieur de l'organe, l'utérus se gonfle, se tuméfie et l'on

voit apparaître des accidents reflexes et de compression d'abord au moment des règles, puis permanents avec recrudescence violente aux époques menstruelles.

Chez notre malade rien de semblable ; ses règles avons-nous dit, étaient douloureuses mais régulières.

Que se passait-il ?

Evidement l'hémorrhagie menstruelle se faisait toujours exclusivement dans l'utérus droit ; mais comment l'utérus gauche échappait-il soit à ce moment soit à un autre, car les deux utérus peuvent avoir une existence physiologique tout à fait indépendante, à la congestion menstruelle et à l'hémorrhagie qui en est la conséquence.

Peut-être existait-il à un certain moment une communication avec le vagin, et s'est-elle oblitérée ?

Peut-être le kyste sanguin que nous avons mentionné sur l'ovaire a-t-il une relation avec cet état anormal.

Quelque surprenant que paraisse un pareil état de choses, il a pourtant été déjà signalé ; et Kussmaul dit qu'on a vu des cas, ou une des cornes étant ouverte seulement du côté du péritoine sans aucune communication avec le vagin, la grossesse s'est produite néanmoins dans cette corne ; et il explique ce fait de la façon suivante : ou bien le sperme a pu passer à travers la corne perméable et sa trompe puis à travers la cavité abdominale et aller féconder une ovule dans l'ovaire opposé (migration externe du sperme), ou bien l'œuf fécondé dans l'ovaire du côté perméable a été saisi par le pavillon de la trompe opposée, et, emporté dans cette trompe, il est allé se greffer dans la corne imperforée (migration externe de l'œuf).

Dionis raconte le fait suivant. Une jeune dame de 20

ans, femme de chambre de Madame la Dauphine éprouva tous les symptômes d'une grossesse, excepté la suppression des règles, qui continuèrent pendant cinq mois.

Le ventre paraissait un peu plus volumineux à gauche. Le 6^e mois elle fut prise de douleurs atroces dans le bas-ventre, et depuis cette époque elle ne sentit plus remuer son enfant. Douze jours après, les mêmes douleurs se reproduisirent avec des vomissements et des convulsions terribles, et la malade mourut avec le ventre excessivement distendu.

La reine et Madame la Dauphine demandèrent que Dionis fit l'examen anatomique du corps. Daguin et Fagon premiers médecins de la cour, y assistèrent ; il fut constaté que la matrice au dessus de son col formait deux corps séparés, et que la conception s'était faite dans la matrice gauche.

La pièce fut enlevée, et on constata que la cavité de l'abdomen était remplie de sang, le fœtus était couché sur les intestins ; la matrice qui contenait l'enfant, s'était ouverte spontanément par rupture de son fond, l'arrière-faix tenant encore à une des parois.

Une matrice surnuméraire existait au côté gauche du fond ordinaire de la matrice, et en était distante de deux travers de doigts. Ces deux corps continus au col de la matrice étaient munis chacun d'une trompe d'un ovaire, d'un ligament large.

Dans le fond de la véritable matrice, qui ne s'éloignait ni de la direction ni de la conformation habituelles de l'utérus humain, il y avait un faux germe de la grosseur

d'un petit œuf. Il ne parut pas que le viscère surnuméraire eût une issue dans l'orifice utérin ou dans le vagin.

III. — Absence du rein.

La coïncidence des malformations de l'appareil urinaire avec celle des organes génitaux internes de la femme a été signalée dans un certain nombre d'observations.

Pole faisant l'autopsie d'une petite fille, née avant terme, et qui mourut peu d'heures après sa naissance, examina les viscères abdominaux et ne trouva qu'un rein, celui du côté droit, et à la place du gauche il trouva seulement la capsule surrénale. L'utérus était conique et son sommet incurvé en arrière et à droite. De ce sommet partait la trompe droite perméable et normale, mais l'ovaire était très rapproché de l'utérus. La trompe gauche partait de la partie inférieure du col, elle était moitié plus longue que l'autre et imperforée.

Vidal de Cassis présente à la société anatomique en 1830, l'utérus d'une enfant de quelques jours, cet organe était cylindroïde, ne donnant naissance qu'à une seule trompe et qu'à un seul ovaire, et n'offrant de l'autre côté aucune trace de ces annexes, tandis que le rein du côté atrophié était logé dans l'excavation pelvienne.

Puesch cite le cas d'une enfant de quinze jours dont l'utérus présentait un fond conique et applati, dont le côté gauche seul était développé, et donnait attache aux annexes.

La moitié droite manquait. Le rein de ce côté manquait également, mais la capsule était en son lieu et place, légèrement hyperthrophée.

Saviard chez une enfant, qui ne vécut que quelques jours trouva deux petites matrices ayant chacune leur ligament large avec trompe, ovaire pavillon et vagin distincts mais très courts la gauche surtout, et s'ouvrant dans une espèce de poche. Les deux reins existaient mais les uretères venaient des deux côtés s'ouvrir dans un canal commun, qui se déchargeait plus bas dans la même poche que les deux vagins.

Fraenkel à l'autopsie d'une enfant morte quelques heures après sa naissance, constata la présence de deux matrices bien distinctes avec les annexes complètes et deux vagins de trois centimètres. Les deux pubis sont écartés, le tube digestif s'ouvre au dessous de l'ombilic, il n'y a pas d'anūs. Le rein droit plus volumineux que d'habitude occupe sa situation habituelle, au-dessous se trouve une poche presque aussi volumineuse que lui, qui a les apparences d'une vessie, mais n'est autre chose que l'uretère distendu par l'urine. Cette poche se continue avec lui par sa partie supérieure; s'accole à une espèce de cloaque très restreint, et communique avec l'extérieur par un pertuis assez étroit. A gauche on n'aperçoit que la capsule surrénale, mais une dissection attentive montre que le second organe, plus petit d'un tiers que le premier, existe profondément caché dans l'excavation pelvienne. De son échancre part un uretère non dilaté, qui s'accole à l'autre moitié de l'utérus et s'ouvre dans un autre cloaque.

Tous les cas que nous venons d'exposer, et on pourrait

en citer un certain nombre d'autres, ont été observés chez des enfants qui n'ont pas vécu. La mort était évidemment le résultat des autres difformités viscérales, puisque celles de l'utérus, quand elles sont isolées, sont si peu incompatibles avec l'existence, qu'on a vu des femmes à utérus double accoucher jusqu'à dix et onze fois.

Les auteurs qui ont traité cette question, laissent presque tous à entendre que ces malformations ont toujours été un obstacle à la vie ; c'est une erreur, et les nombreux exemples que nous allons donner, montrent que des difformités plus ou moins accentuées de l'appareil urinaire ont souvent accompagné celles de l'appareil génital sans entraîner la mort.

Le professeur Chaussier raconte l'histoire d'une femme morte à la dixième couche, dont l'utérus ne consistait que dans la moitié droite avec une seule trompe et un seul ovaire, le rein gauche correspondant au côté atrophie était déplacé.

Bonnet nous rapporte l'observation d'une jeune fille de vingt-trois, ans qui avait un utérus complètement didelphe et qui devint enceinte. Pourtant elle avait bien ses deux reins mais elle n'avait pas d'ombilic, et à trois pouces de sa place ordinaire une exubérance charnue, grosse comme un œuf, de la partie inférieure de laquelle partaient deux petits orifices, à travers lesquels l'urine coulait goutte à goutte. Tout près et un peu plus bas, un petit orifice par où sortait le sang des règles, puis encore un peu plus bas, un autre orifice séparé du précédent par une membrane transversale que le chirurgien fut obligé d'inciser pour permettre l'accouchement.

Exchaquet cite un cas d'absence totale du rein de la trompe de l'ovaire et de l'uretère gauche, l'aorte ne fournit qu'une rénale droite, le ligament large manque du côté gauche, la séreuse est complètement soulevée par un vestige du ligament rond atrophie. Le rein droit est augmenté de volume : 200 gr., mais présente des rapports normaux.

Besançon : femme de 38 ans, absence totale du rein et de l'uretère gauches, mais persistance de la capsule, rein droit normal, cœur très petit : 150 gr., vulve et hymen normaux, vagin de quatre centimètres seulement de profondeur, absence d'utérus remplacé par une bande musculaire se continuant avec les ligaments larges très atrophies, l'ovaire et le pavillon du côté gauche sont logés dans le canal inguinal, l'ovaire gauche a des dimensions normales, la trompe gauche n'existe pas, l'ovaire droit est scléreux le pavillon droit existe, mais de même qu'à gauche la trompe droite n'existe pas.

Rokitansky : femme de vingt-quatre ans, rein droit absent, rein gauche diminué de moitié, utérus bicorne, corne gauche atrophie, la portion vaginale de l'utérus est atrophie à gauche et manque complètement à droite, la moitié droite de l'utérus, semble plus volumineuse à cause de la distension de l'utérus dont le col est abaissé. Trompes et ovaires existent, mais ceux du côté droit sont soudés à la face postérieure de l'utérus. Les ovaires sont très atrophies et sans apparence de follicules de Graaf.

Rokitanski : femme de 15 ans, rein droit absent, rein gauche hypertrophié, utérus bicorne, vagin double, le vagin gauche est plus grand que le doigt, hymen unique,

deux ovaires, deux trompes, la surface des ovaires est lisse.

Rokitanski : femme de vingt-quatre ans, utérus bicorne, deux canaux cervicaux débouchant dans le vagin, celui de gauche est plus étroit, deux hymens.

Mosler : jeune fille de 10 ans, rein droit absent, utérus unicorne gauche, la trompe droite manque mais l'ovaire droit existe avec quelques franges du pavillon.

Scheiber : femme de trente ans, rein droit absent, capsule surrénale droite absente, le rein et l'urètre gauche sont hypertrophiés, atrésie de l'anus, abouchement du rectum dans le vagin, utérus bicorne.

Rosemburger : femme de quarante-neuf ans, absence du rein et de l'urètre gauches, pas d'orifice urétéral dans la vessie du côté gauche, utérus unicorne droit.

Wiege : femme de trente-neuf ans, absence du rein droit, rein gauche normal, utérus double, vagin simple, deux ovaires, deux trompes, deux ligaments larges.

Rosemburger : rein droit représente par une masse fibreuse située à droite du rectum, les substances médullaires et corticales sont méconnaissables, utérus unicorne.

Theyssèdre dans sa thèse de doctorat en cite un grand nombre d'exemples et il explique ces malformations de la manière suivante.

Si l'éminence génito-urinaire de l'embryon ne s'est pas développée du tout d'un côté, tout l'appareil génito-urinaire manquera de ce côté, si quelques uns seulement des parties de cette éminence se sont développées, elles produiront seulement quelques uns des organes, ou même seulement quelques parties de ces organes.

Disons incidemment, que chez l'homme des anomalies

de l'appareil urinaire coïncident le plus souvent avec des anomalies les organes génitaux, elles portent sur la vésicule^{seminale} seule, ou sur la vésicule, l'épidydime et le canal^{déférent}: Beuner, Parise, Mayor. On a parfois observé l'absence^{du} testicule. Claudius, Farrel in Mosler, ou son atrophie : Rayet.

CHAPITRE III

Observation prise dans le service de M. le docteur Chaput à la Salpêtrière

Madame E. M..., blanchisseuse, âgée de 29 ans, entre dans le service le 17 novembre 1893, se plaignant de douleurs très vives dans le ventre.

Elle a été réglée vers douze ans et d'une façon très régulière jusqu'à l'âge de dix-sept ans où elle eut une première grossesse. Cette grossesse se passe d'une façon absolument normale, sans vomissements, sans douleurs, sans hémorrhagies, sans accidents d'aucune sorte.

L'enfant vint parfaitement à terme, se présentant par le sommet. L'accouchement fut des plus simples.

Les règles revinrent deux mois après l'accouchement et continuèrent comme auparavant jusqu'au milieu de 1891. A cette époque la malade commença à éprouver dans le ventre, et particulièrement dans la fosse iliaque gauche des douleurs violentes s'irradiant dans les cuisses et dans la région lombaire et s'exaspérant considérablement aux époques menstruelles. Depuis le début de ces

douleurs elle éprouve des pertes blanches assez abondantes.

A l'inspection du ventre rien à signaler, la palpation est douloureuse surtout dans la fosse iliaque gauche jusqu'à la ligne médiane. Profondément on sent dans cette région une tuméfaction qu'il est très difficile de délimiter tant à cause de la douleur éveillée que de la contraction excessive de la paroi abdominale.

La vulve ne présente rien d'extraordinaire ; les grandes et les petites lèvres sont normalement développées.

Au toucher le col est gros, immobile et présente quelques granulations de métrite. Dans le cul-de-sac postérieur on tombe sur une masse dure régulièrement arrondie et lisse qui semble être le corps de l'utérus en rétroflexion.

A l'union du cul-de-sac postérieur et du cul-de-sac droit, l'index rencontre une bride fibreuse qu'il peut accrocher, de forme triangulaire et à sommet inférieur.

Dans le cul-de-sac droit on sent un léger empâtement, mais il n'y a pas à proprement parler de tumeur.

Dans le cul-de-sac gauche on trouve une tumeur douloureuse à la pression, irrégulière et qu'on peut délimiter par le toucher bimanuel, elle paraît plus volumineuse qu'un œuf de pigeon et ne présente point de fluctuation.

Par le toucher rectal on constate contre la paroi antérieure du rectum une masse arrondie et lisse qui est le corps de l'utérus en rétroflexion, mais on ne sent pas les annexes.

Au spéculum on voit une petite bride horizontale sié-

geant sur la paroi vaginale postérieure, mais la femme disant qu'elle a été déchirée au moment de son accouchement, on pense à une bride cicatricielle. Cette bride relevée ne paraît du reste conduire dans aucun col sur-numéraire.

Cette femme n'a pas une constitution bien robuste, elle tousse, a la voix constamment voilée, présente au sommet gauche de la matité et une expiration prolongée; au sommet droit on entend en avant et en arrière des craquements secs.

L'analyse des urines donne un léger précipité d'albumine.

La malade, mise au repos jusqu'au commencement de janvier, voit ses douleurs diminuer mais non disparaître.

L'intervention est alors décidée et faite le 9 de ce mois. M. Chaput ayant fait le diagnostic de salpingite se propose d'enlever à la fois l'utérus et les annexes par la voie vagino-abdominale combinée.

A. Curetage utérin pour antiseptiser le champ opératoire, mais l'hystéromètre s'enfonce difficilement dans une cavité étroite. La cavité cervicale seule est curée.

Incision circulaire de la muqueuse du col au ras de cet organe, décollement de la muqueuse vaginale tout autour; on place deux pinces de Segond sur la partie inférieure du ligament large et on sectionne la base de ces ligaments. A ce moment il s'écoule quelques gouttes de pus.

B. Laparotomie médiane, incisions et décollement du péritoine en avant et en arrière de l'utérus. Les ligaments

larges sont alors pincés par deux pinces à dents de crocodile de chaque côté. On sectionne facilement ces ligaments et l'utérus est enlevé complètement avec ses annexes. Le bassin est fermé complètement par des sections comprenant les lambeaux de péritoine décollés en avant et en arrière de l'utérus. On utilise pour cette section l'aiguille de Reverdin coudée à gauche et la pince en fourche de M. Chaput.

On place une mèche de gaze iodoformée dans le vagin.

La malade guérit sans incidents.

A l'examen des pièces on se trouve en présence d'un utérus bifide dont voici la description.

Volume. — Celui du poing environ.

Forme. — Deux utérus nettement séparés au-dessus du col.

Face ant. — Le gros utérus, l'utérus droit est vertical, il a un volume à peu près normal, mais il est bosselé de fibromes.

Le petit utérus, utérus gauche est plus petit et présente également quelques petites fibromes, sa direction est horizontale ; il correspond par conséquent au cul-de-sac latéral gauche.

Entre les deux on suit facilement un sillon qui va presque jusqu'au col.

Face postérieure : même disposition, mais au lieu d'un sillon on trouve une légère saillie entre les deux.

Bord supérieur : il a la forme d'un V, ce bord délimite nettement les deux utérus.

Bords externes : à gauche la corne se termine par une trompe et un ovaire paraissant normaux, à droite

l'ovaire est volumineux et contient un kyste hématique de la grosseur d'une noix.

Col : Le col est également double, mais un point est intéressant à noter, c'est qu'il faut examiner avec soin pour voir le col postérieur qui correspond à l'utérus gauche. Ce col est pour ainsi embryonnaire et son orifice externe est à peine visible, ce qui explique comment même au moment de l'opération il est passé inaperçu, il admet l'introduction d'un stylet de trousse jusqu'à une longueur de cinq centimètres environ. Le col droit est normal ; c'est le col d'une femme ayant eu des enfants. Il conduit directement dans l'utérus droit qui a huit centimètres de cavité.

CHAPITRE IV

Difficulté du diagnostic de l'utérus bicorne

Ainsi qu'on a pu s'en rendre compte, dans aucun de ces deux cas, le diagnostic n'avait été fait et il en fut souvent ainsi dans les cas relatés par les auteurs.

C'est qu'en vérité, le diagnostic de l'utérus bifide présente une extrême difficulté.

Evidemment il est des cas où la simple inspection de la vulve suffit à faire naître la pensée de cette anomalie, ce sont les cas où la bride qui cloisonne le vagin vient apparaître sous forme d'un repli muqueux entre les petites lèvres ; mais cette disposition est loin d'être fréquente et encore elle permet d'affirmer la présence d'un vagin double, mais simplement de supposer une malformation du côté de l'utérus.

Les différents modes d'examen que nous avons à notre disposition ne révèlent rien de net à l'explorateur le plus habile.

La palpation donnera bien la perception d'une disposition normale ; mais la sensation sera la même pour un

fibrome, pour une salpingite et l'on songera bien plus à l'une ou à l'autre de ces lésions, vu leur extrême fréquence, qu'à l'utérus bicorne.

Le toucher permettra, dans un grand nombre de cas, de constater la présence d'une bride vaginale, laquelle coïncidant avec l'existence d'une masse dans les culs de sac du vagin, donnera sans doute l'éveil au médecin.

Lorsque cette bride est saillante, à bord tranchant et bien souple, elle constitue un élément important de diagnostic. Il n'en serait pas de même avec des brides séniles cicatricielles qu'on observe fréquemment chez les femmes qui ont eu des enfants.

Le spéculum pourra quelquefois révéler le double orifice du col, mais pas toujours ; car souvent, ce dernier est incliné de façon à n'en laisser paraître qu'un, alors qu'il en existe bien deux, et un instrument volumineux comme le spéculum, pourra quelquefois, ainsi qu'on peut en juger par les confidences de certaines malades au sujet des rapports sexuels, être introduit ni dans l'un ni dans l'autre des conduits vaginaux.

Le toucher rectal donnera rarement des indications plus nettes, car le doigt a moins d'une longueur prédestinée, ne peut guère remonter plus haut que le sommet du col.

Reste un moyen d'investigation qui seul peut trancher la question, c'est l'introduction d'un hystéromètre. Malheureusement, dans la grande majorité des cas, elle sera impossible dans la corne la moins développée et souvent impraticable dans l'autre, comme nous venons de le voir dans notre dernière observation, qui pourtant concernait

une femme ayant eu un enfant et chez laquelle, par conséquent, la cavité utérine aurait dû se prêter mieux que toute autre à ce genre d'exploration.

Cette difficulté n'a rien qui puisse étonner, puisque l'utérus bicorne présente par rapport au col, vu l'écartement entre les deux corps, la disposition de deux utérus en latéroflexion, or, on courrait la difficulté de l'emploi de l'hystéromètre dans les flexions.

Les symptômes fonctionnels ne sont d'aucun secours. Le plus souvent, comme chez nos deux sujets, les règles sont venues régulièrement et sans douleur, jusqu'au moment où s'est développée leur maladie et chez la seconde, la grossesse elle-même n'a rien révélé ; et c'est ainsi que les choses se passent le plus fréquemment, quoique quelquefois la pression des cornes sur le rectum ou la vessie ait produit des accidents de compression et des phénomènes douloureux et reflexes. Pourtant c'est dans ces derniers cas que le diagnostic aurait de l'importance, car l'on conçoit sans peine que l'urgence de l'intervention est loin d'être la même entre cette cause d'accidents qui ne menace en rien l'existence et un pyosalpinx, ou un hematosalpinx ou même un fibrome.

Dans la grossesse, la bifidité a fait souvent croire à une grossesse extra-utérine. Le seul signe qui puisse guider un peu, c'est que dans ce dernier cas, les manifestations particulières de la grossesse du côté de l'utérus ne sont pas aussi marquées ; mais le diagnostic est des plus difficile, ce qui n'a pas une grande importance puisque l'indication est la même au point de vue de la façon d'agir.

CHAPITRE V

Menstruation et grossesse dans l'utérus bicorne

L'hémorragie menstruelle peut se faire simultanément dans les deux cornes comme le démontre l'observation de M. Goupil (relatée dans la thèse de M. Lefort) au sujet d'une jeune fille en traitement à l'hôpital de Lourcine ; et on peut admettre alors : ou bien que les deux cornes utérines ont pris part simultanément à la congestion produite par la ponte d'un des ovaires ou que les deux ovaires ont pondu en même temps. Elle peut également se faire à des époques différentes dans les deux utérus qui n'ont alors aucune relation entre eux et vivent comme deux organes distincts (Godard).

La grossesse se produit couramment dans les utérus bicornes et suit parfaitement son cours, comme on peut en juger par les nombreux exemples d'accouchements heureux cités par les auteurs qui se sont occupés des utérus bicornes à ce point de vue ; et l'on peut même remarquer que plusieurs de ces utérus ont été doués d'une prodigieuse fécondité, témoin le cas de Dumas qui a vu à

l'hospice Saint-Eloi, une jeune femme morte à 34 ans après avoir eu six enfants dont quatre vivants, et possédant un utérus bicorne.

Témoin surtout l'observation suivante de Benoît Vassal. Une femme mit au monde successivement onze enfants vivants et bien à terme dont 7 garçons et quatre filles et mourut en donnant le jour à son douzième qui, contrairement à tous les autres, avait été conçu dans la corne utérine la moins développée.

Cette observation montre que les femmes ayant un utérus bicorne, peuvent devenir enceintes tantôt d'un côté tantôt de l'autre et elle indique aussi un fait qui a été prouvé bien d'autre fois depuis : c'est que toutes les grossesses se produisant dans une corne se terminent chez certaines femmes par un avortement tandis que celles se produisant dans l'autre vont à terme. On peut établir d'une façon générale que les grossesses simples se terminent bien dans la corne la mieux développée, et mal dans celle dont le développement moindre permet moins bien la dilatabilité. Ces grossesses malheureuses ont souvent pour résultat un avortement et quelquefois elles ont un dénouement plus grave encore puisqu'il coûte la vie de la femme, c'est-à-dire la rupture de l'utérus.

Au cas de Benoit Vassal, nous pourrions ajouter celui de Dionis, dont nous avons relaté l'histoire au sujet de l'utérus imperforé.

La rupture de l'utérus se produit le plus souvent au voisinage des trompes ou à l'union du corps et du col. Il est probable que l'on doit attribuer plutôt à l'insuffisance de la cavité ou à la minceur des parois, les ruptures se

produisant au niveau des trompes, puisqu'elles surviennent avant toute contraction sous la simple influence du développement du fœtus. Au contraire, celles qui se produisent à l'union du corps et du col paraissent imputables, en outre, à la direction de la corne qui produit en ce point un étranglement infranchissable au fœtus.

Sous l'influence de la grossesse, la corne vide se dilate en même temps que la corne gravide, on en trouve la preuve dans la magnifique pièce offerte au musée Dupuytren par Depaul, et une caduque est expulsée de la cavité libre comme de sa voisine (Thèse de Picot).

Lorsque la grossesse a lieu dans une corne imperforée, elle se comporte en tous points comme une grossesse extra-utérine, elle nécessite forcément une intervention. Elle peut produire la rupture soit dès les premiers mois soit à terme. Le développement de la corne peut même s'arrêter par suite de la mort du fœtus qui peut rester bien après le terme dans la corne à l'état de corps étranger. (Turner).

La forme ovoïde de l'utérus disparaît par sa bifidité, l'accommodation ne peut plus se faire, tantôt on a une présentation de l'épaule, tantôt du siège et on ne pourrait dire quelle est la plus fréquente ; mais la présentation du sommet peut aussi se rencontrer puisqu'elle a été celle de notre observation.

Enfin on a signalé dans les utérus bicornes des grossesses gemellaires, chaque corne contenant un fœtus. Geiss raconte l'observation d'une femme âgée de 30 ans, qui accoucha de deux jumeaux. Les douleurs étaient limitées au côté droit dans lequel l'utérus remontait presque

jusqu'aux vraies cotes, tandis qu'à gauche il ne montait qu'à l'ombilic. Il y avait présentation de l'épaule dans l'utérus droit; il fit la version et mit au monde une fille. Ce côté droit se retracta, l'autre garda son volume et une heure après se mit à se contracter à son tour et expulsa spontanément un garçon. Ces deux enfants vécurent et la mère deux ans après, accoucha de nouveau, mais d'un seul enfant.

CHAPITRE VI

Traitement

La possibilité de confondre un utérus bicorne avec une salpingite ou un fibrome nous paraît constituer un argument en faveur de la laparatomie contre l'hystérectomie vaginale appliquée au traitement des affections des annexes ; cette dernière opération condamnant les malades à une stérilité absolue.

En effet, si au cours d'une laparatomie on s'aperçoit qu'on a affaire à un utérus bicorne on peut très bien faire une opération conservatrice et n'enlever que la corne la moins développée avec les annexes qui lui correspondent, à la condition toutefois que l'autre corne et ses annexes soient en bon état.

Voici comment on devrait conduire l'opération :

Les annexes du côté malade seront libérés en coupant entre deux pinces le ligament infundibulo-pelvien, on sectionnera ensuite le ligament large jusqu'au niveau de l'union de la corne la moins développée avec la corne principale.

On détachera avec les ciseaux un lambeau péritonéal sur la face antérieure de la corne qu'on se propose d'enlever, puis on sectionnera complètement et toujours aux ciseaux le pédicule de cette corne. Si cette section donne du sang on fera l'hémostase avec des sutures à la soie moyenne, on désinfectera en outre la cavité du moignon au thermocautère.

Le lambeau péritonéal conservé sera rabattu et suturé sur le moignon; on terminera par la ligature des pédicules vasculaires.

Lorsqu'on aura pu porter un diagnostic exact avant l'opération, on se demandera si l'affection comporte un traitement chirurgical. Certaines malades n'éprouvent aucun trouble, et ce n'est que par hasard que le toucher fait reconnaître une tumeur pelvienne.

Si on reconnaît que cette tumeur n'est pas dangereuse par elle-même, on devra s'abstenir de toute intervention.

Lorsque l'utérus bicorne diagnostiqué par avance provoque des phénomènes douloureux, il est indiqué d'essayer le cathétérisme de la corne malade, et si l'hystéromètre est retiré souillé de pus, on devra se contenter de dilater le conduit avec une laminaire et de faire ensuite le curage.

Dans certains cas, l'hystéromètre ne pénètre pas facilement, le diagnostic de suppuration ne peut être posé, et on n'intervient que pour les douleurs ou les phénomènes de compression. Dans ces conditions, on exécutera l'opération par la voie abdominale comme il a été dit plus haut.

Signalons un dernier point important. Si l'on veut

tenter la conservation, il est indispensable de garder la corne principale, l'autre présentant trop de dangers de rupture dans l'hypothèse d'une grossesse possible.

Donc si c'est la corne principale ou ses annexes qui sont altérées il sera préférable de faire une ablation totale de l'appareil génital interne.

Dans notre deuxième observation, la petite corne était suppurée, et la corne principale avait, comme nous l'avons vu, des annexes altérées, (kyste volumineux de l'ovaire et adhérences étendues) c'est pourquoi M. Chaput a dû pratiquer l'extirpation totale.

Et en effet, lorsque les annexes de la corne principale et saine sont altérées que doit-on faire ? enlever simplement la petite corne et ses annexes et respecter la corne principale en enlevant simplement les annexes qui lui sont appendues, ou bien faire une ablation totale de tous les organes génitaux internes ?

L'ablation totale sera somme toute plus simple et moins aléatoire que l'ablation d'une seule corne avec suppression des annexes de l'autre corne. Cette ablation totale pourra être réalisée, soit par la laparotomie seule (procédé difficile et dangereux), soit par l'opération abdomino-vaginale dans laquelle on fera d'abord une amputation supra-vaginale, puis l'ablation du pédicule par le vagin, soit par l'opération vagino-abdominale comme l'a exécutée M. Chaput.

Ce dernier procédé présente de grands avantages comme facilité et sécurité, avantages qui ont été développés par M. Chaput dans différentes publications.

CONCLUSIONS

1° Le diagnostic d'utérus bicorne est très difficile à poser [dans la grande majorité des cas ; on confond le plus souvent cette malformation avec un fibrome, une salpingite ou une tumeur ovarienne.

On soupçonne l'utérus bicorne, si on constate la présence dans un des culs-de-sac latéraux, d'une bride saillante à bord tranchant, souple et mince. Le diagnostic sera certain, si on trouve en dehors de cette bride un conduit plus ou moins rudimentaire.

2° L'utérus bicorne ne justifie l'intervention que s'il provoque des accidents de compression, des douleurs, ou si l'une des cornes est atteinte de suppuration ; dans ce dernier cas, on devra essayer d'abord la dilatation et le curage de la corne malade. En cas d'impossibilité, on aura recours à une opération plus radicale.

3° L'hystérectomie vaginale doit être rejetée quand on soupçonne une malformation utérine, à cause de la stérilité qu'elle entraîne. On préférera la laparotomie, et

on s'efforcera de n'enlever que la corne malade avec les annexes qui lui correspondent. De cette façon la malade conservera des chances de grossesse ultérieure.

Vu et permis d'imprimer,
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

Vu : le Doyen,
P. BROUARDEL.

Vu : le Président de la thèse,
LABOULBÈNE.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- Benoît Vassal.* — Transact. philosoph., 1869, p. 969.
- Saviard.* — Nouveau recueil d'observ. chirurgic. Paris, 1702, p. 397, obs. 94.
- Chaussier.* — Bulletin de la Faculté de Méd., 12 juin 1817, vol. 6, p. 437.
- Pôle.* — Philosoph. transact., 1818.
- Fraenkel.* — Diss. de organos gen. deformit. Berlin. 1825.
- Geiss.* — Lancet, 1828-29, p. 423.
- Dionis.* — Archives génér. de Méd, 1836, p. 146.
- Thiersch.* — (Beldungsfahler der Harn und gachlachts organa rines Mauner illustrat. med.) Zeintung, 1852, Bd. 1.
- Leuckart.* — Zengung de la physiologia de Wagner, 1853, t. IV.
- Depaul.* — Bull. sociét. anat., 1853.
- Puesch.* — Comptes rendus de l'académie des sciences, 1855.
- Kussmaul.* — Von dem Mangel dur Verkimmerung und Verdumplung der Gœbarnuter Wurtsburg. 1859.
- Kolliker.* — Entwicklungsgeschichte des Meuchen 1 Aufl. 1861.
- Wiege.* — Schmidt Jahbch, Bd. 114.
- Mosler.* — Archiv. der Heilkunde, 1863.
- Le Fort.* — Thèse d'agrégation, Paris, 1863.
- Rosemburger.* — Schmidt Jahb. Bd, 119 (3 obs.).
- Turner.* — Edimb. Med., 7 mai 1866, p. 974.

- Livius Furst.* — Ueber die Beldungshemminger des uterovaginalcanals. Monatsschrift f. Geburtstk, 1867 Bd, XXX.
- Dohrn.* — Ueber die Malleryschen Gänge und die Entwickling des uterus marb. Geschlschift, 1869, n° 3, et Monotschrift f. Geburtsh, t. XXIV.
- Dumas.* — Journal des connaissances médico-chirurgicales, avril 1842.
- Rokitanski.* — Schmidts Jahrbucher, Bd, c. IV.
- Exchaquet.* — Bull. Société anatom. 1875, p. 18.
- Scheiber.* — Œst med. Jahbucher Heft, 2.
- Godard.* — Gazette hebdomadaire, 1884.
- Mathias Duval.* — Traité de physiologie.
- Besancon.* — Bull. Société anatom., 1889, p. 347.
- Picot.* — Thèse de doctorat, Paris, 1891.
- Theyssède.* — Thèse de doctorat, Paris 1892.
- Thibaut.* — Thèse de doctorat, Paris, 1893.

